

Следует отметить, что в 20,9% случаев дети находились на искусственном вскармливании с рождения, в 38,8% наблюдения срок грудного вскармливания не превышал одного месяца. На момент поступления в стационар грудное вскармливание получали 27,4% детей 1-ой подгруппы и 22,9% детей 2-ой подгруппы ( $p=0,837$ ), в отличие от детей контрольной группы, где на грудном вскармливании находилось 90% детей ( $p_{1-3, 2-3}<0,001$ ).

Таблица 2 – Модифицирующие эндогенные факторы риска у детей с острой пневмонией

Модифицирующие эндогенные факторы	1 группа (n=73)	2 группа (n=48)	Контрольная группа (n=50)	p		
	1	2	3	1-2	1-3	2-3
	Абс. число	Абс. число	Абс. число			
Осложненное течение беременности	52	36	29	0,887	0,557	0,430
Осложненное течение родов	33	20	5	0,867	0,002	0,007
Недоношенность	18	8	3	0,506	0,026	0,204
Патология перинатального периода	28	19	7	0,990	0,029	0,045
Аномалии конституции	4	6	0	0,317	0,153	0,028
Гипотрофия	22	13	3	0,846	0,006	0,028
Паратрофия	8	10	0	0,213	0,024	0,002
Рахит	14	9	0	0,990	0,002	0,003
Бронхолегочные заболевания в анамнезе	14	12	0	0,661	0,002	<0,001

**Выводы.** Неблагоприятное влияние перинатальной патологии, раннего искусственного вскармливания, нарушений питания, рахита, предшествующих бронхолегочных заболеваний не уступает роли социально-культурных факторов, таких, как многодетность, неполная семья, недостаточная материальная обеспеченность, асоциальное поведение родителей, пассивное курение. Диагностика состояний, предшествующих возникновению бронхолегочной патологии, открывает пути предупреждения заболевания.

УДК 618.2:[616.9:578]

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ИНФИЦИРОВАННЫХ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСОМ

*Сафонова Т.В., Семенов Д.М.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Частота инфицированности цитомегаловирусом (ЦМВ) варьируются от 60 до 99% во всем мире. Показатели серопозитивности населения ЦМВ зависят от возраста, социального статуса, уровня материального благополучия, сексуальной активности. В России, антитела класса IgG к ЦМВ имеет 73-98% взрослого населения. Среди беременных женщин они составляют 42,6-94,5%, а среди новорожденных детей 0,2-2,5% [1].

Первичное инфицирование ЦМВ при беременности наблюдается в среднем у 2% (0,7-4%) женщин. При этом риск внутриутробного инфицирования составляет 35-40%. Гораздо чаще

происходит реактивация хронической ЦМВИ (до 30%), внутриутробное инфицирование при этом наблюдается в 0,2-2,2% случаев [1,2].

ЦМВИ часто протекают бессимптомно, среди неспецифических проявлений инфекции наиболее частые симптомы: недомогание, лихорадка, миалгия, лимфаденопатия [1]. Наибольшую значимость имеет ЦМВИ во время беременности, так как она может приводить к осложнениям беременности и перинатальной патологии (невынашивание беременности 36%, внутриутробное инфицирование до 40%, перинатальная смертность 5,4%) [3].

Клинические проявления врожденной ЦМВИ встречаются в 10% случаев, в 90% инфекция протекает субклинически. Часто наблюдается недоношенность (30%), задержка внутриутробного развития (48%), асцит, гипотония, церебральная венрикуломегалия (24%), формирование внутримозговых кальцинатов (21%), микроцефалия (22,6%), ретинопатия, реже – гепатит (20%), пневмония и др. [4].

К настоящему времени практически отсутствуют данные о распространенности ЦМВ инфекции среди беременных женщин на территории Республики Беларусь, что затрудняет оценку клинической значимости ЦМВ инфекции в акушерской практике, приводит к недооценке ее роли в формировании перинатальной патологии.

**Цель исследования.** Изучить влияние ЦМВ инфекции на течение беременности.

**Материал и методы.** Исследование выполнялось на базе УЗ «ВГКРД №2». Проведен ретроспективный анализ результатов обследования беременных на ЦМВ методом ИФА в первом триместре беременности. В исследование включены 78 женщин, которые были разделены на две группы: в исследуемую группу были включены 39 женщин, имеющих антитела класса G к ЦМВ, в группу контроля – 39 женщин без антител. Группы сравнивались по различным показателям: возраст, паритет родов, срок родоразрешения, осложнения во время беременности, вес новорожденных, патология у новорожденных.

Исследование являлось ретроспективным, поскольку формирование изучаемых групп пациенток, сбор интересующих нас клинических и лабораторных параметров с последующим внесением их в базу данных осуществлялся на основании данных «Истории родов» и «Истории развития новорожденных».

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10, Microsoft Excel 2010. Полученные результаты проверялись на нормальность распределения с помощью критериев Колмогорова-Смирнова. Для обработки статистических данных использовались методы непараметрической статистики. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости  $p$  принимали равным 0,05.

**Результаты исследования.** Средний возраст женщин в двух группах статистически значимо не различался ( $p=0,59$ ). В исследуемой группе средний возраст составил  $30\pm 0,96$  лет, в группе контроля  $30,7\pm 0,78$  лет.

Паритет родов также не имел значимых различий: в исследуемой группе составил  $1,9\pm 0,11$ , а в группе контроля  $1,66\pm 0,11$  ( $p=0,06$ ). Однако статистически значимое отличие было выявлено при повторных родах ( $p=0,035$ ).

При анализе характера течения беременности было установлено следующее: Осложнения беременности в исследуемой группе наблюдалась чаще, чем в группе контроля ( $p=0,0007$ ). Среди осложнений беременности наиболее часто выявлялись: угрожающий самопроизвольный выкидыш (38%), угрожающие преждевременные роды (22%), многоводие (12%), хроническая гипоксия плода (11%), задержка развития плода (8%) и другие (9%).

Срок родоразрешения в исследуемой группе составил  $37,6\pm 0,35$  недель, в группе контроля  $37,5\pm 0,78$  недель ( $p=0,91$ ). Преждевременные роды имели место в 23,1% случаев в исследуемой группе (9/39), а в группе контроля только в 7,7% (3/39) ( $p=0,00014$ ).

При сравнении состояния новорожденных выявлено: вес новорожденных в исследуемой группе  $3210\pm 134$  грамм и в группе контроля  $3373\pm 83$  грамма ( $p=0,25$ ). Частота патологии среди новорожденных в двух группах статистически значимо не различалась  $p=0,87$ .

#### **Выводы.**

1. Распространенность цитомегаловирусной инфекции статистически значимо выше при повторных родах по сравнению с первородящими ( $p=0,035$ ).

2. У серопозитивных беременных выше частота осложнений беременности ( $p=0,0007$ ). Среди осложнений беременности наиболее часто выявлялись: угрожающий самопроизвольный выкидыш (38%), угрожающие преждевременные роды (22%), многоводие (12%), хроническая гипоксия плода (11%), задержка развития плода (8%) и другие (9%). Выше частота преждевременных родов  $p=0,00014$ .

#### **Литература:**

1. Смирнова, А.И. Лабораторная диагностика цитомегаловирусной инфекции / А.И. Смирнова, Е.В. Россихина, Е.П. Колеватых // Вят. мед. вестн. – 2010. – № 3.
2. Шахгильдян, В.И. Диагностика и лечение цитомегаловирусной инфекции у беременных и новорожденных / В.И. Шахгильдян // Неонатология: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 3. – С. 70-82.
3. Кравченко, Л.В. Показатели противовирусного иммунитета у новорожденных с цитомегаловирусной инфекцией в случаях позднего обнаружения ДНК цитомегаловируса / Л.В. Кравченко // Детские инфекции. – 2018. – № 17 (3). – С. 34-37.
4. Chung, Mi Hae. TORCH (toxoplasmosis, rubella, cytomegalovirus, and herpes simplex virus) screening of small for gestational age and intrauterine growth restricted neonates: efficacy study in a single institute in Korea / Mi Hae Chung, Chan Ok Shin, Juyoung Lee // Korean J Pediatr. – 2018. – № 61(4). – P. 114-20.

**УДК 616.379-008.64+616.43]-053.2**

### **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И МУКОВИСЦИДОЗ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

*Семёнова О.В.,<sup>1</sup> Горлина И.В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>УО «Витебский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>УЗ «Витебский детский областной клинический центр»

**Введение.** Первые случаи сахарного диабета, ассоциированного с муковисцидозом, зафиксированы у детей в возрасте 13 и 14 лет в 1955 году H.Schwachmann. В настоящее время муковисцидозозависимый сахарный диабет признан ВОЗ как отдельная нозология (диабет III типа) и является одним из частых осложнений муковисцидоза. У детей в возрасте от 2 месяцев до 18 лет встречается в среднем у 1-9% пациентов, частота нарастает к подростковому возрасту и составляет 20%. Чаще болеют лица женского пола. В основе патологии – нарушение структуры островков Лангерганса за счет фиброза и жирового перерождения поджелудочной железы и инсулинорезистентность из-за повышенного уровня кортизола. За 2-3 года до манифестации диабета у пациентов с муковисцидозом ухудшаются показатели нутритивного статуса и дыхательной функции. Лабораторные данные включают особенности: нередко отсутствие кетоацидоза, гиперлипидемии, снижение общего белка, тромбоцитов и факторов свертывания крови [1, 2, 3].

**Целью** настоящей работы явилось описание клинического случая сахарного диабета у ребенка 8 лет с муковисцидозом.

Девочка Т, 8 лет, поступила в стационар с сахарным диабетом в тяжелом состоянии. Из анамнеза известно, что 4 месяца назад перестала прибавлять в весе, похудела на 3 кг. Отмечались полиурия и жажда, хотя мать отмечает что девочка много пила и мочилась с рождения. 2 недели назад лечили ОРЗ амбулаторно, на фоне чего утром мать не смогла разбудить ребенка, девочка тяжело дышала, в связи с чем вызвали скорую помощь и доставили ребенка в реанимацию.

При поступлении состояние тяжелое: заторможена, выражена слабость, самостоятельно передвигаться не может, дыхание Куссмауля. Менингеальных знаков нет. Артериальное давление 86/66 мм.рт.ст. Кожные покровы и слизистые сухие. При аускультации легких хрипы не прослушиваются, тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот – пастозность брюшной стенки, сглаженность пупка. При пальпации живот безболезненный, печень у края реберной дуги,